

Острые кишечные инфекции вызванные неустановленными возбудителями

Территория	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения			Темп прироста
	2011 год	2012 год	2013 год	
Республика Адыгея	182,1	191,0	209,7	+9,8
г. Майкоп	166,4	191,0	158,1	- 17,2
г. Адыгейск	327,2	425,5	337,7	- 20,6
Майкопский район	236,1	245,2	374,6	+52,8
Тахтамукайский район	303,3	239,5	336,2	+52,9
Красногвардейский район	0	71,0	38,7	- 45,5
Теучежский район	202,9	177,2	148,4	- 16,3
Гиагинский район	37,8	63,0	107,2	+70,2
Кошехабльский район	200,4	161,4	161,4	0
Шовгеновский район	82,3	123,9	47,2	- 61,9

По Республике Адыгея уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями на 2013 год составил 371,6 на 100 тыс. населения, зарегистрировано 1644 случая острых кишечных инфекций. Из общего числа случаев острых кишечных инфекций было зарегистрировано 112 случаев сальмонеллеза, 15 случаев дизентерии, 589 случаев острых кишечных инфекций с установленным возбудителем, 929 случаев с неустановленными острыми кишечными инфекциями [1].

Также в Республике Адыгея очень высокий уровень заболеваемости паразитарными болезнями: 90,1% составляют гельминтозы и 9,9% – протозоозы.

Наиболее уязвимые районы в которых население подвержено заболеваниям это:

1. Майкопский район – заболевания сальмонеллёз, дизентерия, энтеробиоз, аскаридоз.
2. Тахтамукайский район – заболевания сальмонеллёз, дизентерия, энтеробиоз, аскаридоз.
3. Кошехабльский район – заболевания сальмонеллёз, дизентерия, энтеробиоз, аскаридоз.
4. Шовгеновский район – заболевания сальмонеллёз, дизентерия, энтеробиоз, аскаридоз.

Менее уязвимые районы:

1. Гиагинский район – заболевание аскаридоз.
2. Теучежский район – заболевания сальмонеллёз.

Таким образом, проблема состояния почв в Республике Адыгея стоит остро и требует изучения в различных векторных направлениях. Антропогенный фактор является главенствующим загрязнителем и только человек несет ответственность за причиненный вред почве.

Список литературы

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Адыгея в 2013 году». Управление Роспотребнадзора по Республике Адыгея. – Майкоп: ООО «Качество», 2014. – С. 5-75.
2. Деградация и охрана почв / под ред. Г.В Добровольского. – М.: Изд-во МГУ, 2002. – С. 258-435.
3. Круглов Ю.В. Микрофлора почвы и пестициды. – М.: Агропромиздат, 1991. – 92 с.
4. Мазанко М.С. Влияние сочетанного химического и электромагнитного загрязнения на биологические свойства почвы: монография / М.С. Мазанко, Т.В. Денисова, С.И. Колесникова, К.Ш. Казеев, Е.В. Даденко. – Ростов н/Д: Изд-во Южного федерального университета, 2013.

**ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОЗАП
НА ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНОГО ОБМЕНА КРЫС
С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Черноруцкий М.В., Костюк Н.В., Белякова М.Б.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь,
e-mail: p001637@mail.ru

Метаболический синдром (МС) – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. Для лечения артериальной гипертензии, сопровождающей МС, широко используют антагонисты рецепторов ангиотензина II. Биологическая роль недавно обнаруженных митохондриальных рецепторов ангиотензина пока мало понятна, поэтому целью исследования была оценка влияния препарата Лозап (антагониста рецепторов ангиотензина II) на показатели обмена углеводов и липидов в условиях МС.

В эксперименте использовали беспородных белых самок крыс. МС моделировали путем обогащения стандартного рациона сахарозой и жирами. Животных с установленным МС делили на две группы: 1) без медикаментозного лечения; 2) лечение препаратом Лозап (ежедневно 30 мг/кг, per os). Через 8 недель крыс выводили из эксперимента с соблюдением действующих биоэтических норм. Стандартными методами в крови и печени определяли содержание глюкозы, гликогена и липидов.

У животных первой опытной группы отмечались признаки абдоминального ожирения, увеличение печени за счет усиленного накопления в ней гликогена и триглицеридов. В этих условиях избыточное содержание в печени холестерина и фосфолипидов может быть связано с увеличением суммарной площади клеточных мембран в разрастающемся органе. Под действием препарата Лозап снижался уровень глюкозы в крови, что сопровождалось дополнительным отложением гликогена в печени. Кроме того происходило уменьшение количества фосфолипидов в печени с возрастанием их концентрации в крови, что приводило к понижению индекса атерогенности. Вероятно, благодаря лекарственной терапии происходит некоторая коррекция нарушенной чувствительности клеток к инсулину.